

滋賀県言語聴覚士会失語症者向け意思疎通支援者派遣事業
支援者の手引き

はじめに、この事業の目的は「失語症者の円滑なコミュニケーションを図ることにより、失語症者の地域での自立生活及び社会参加を促進すること」です。

① 支援者登録について

- ・「失語症者向け意思疎通支援者登録申請書」（別記様式第1号）を滋賀県言語聴覚士会の失語症事業担当者（以下、県士会という）に提出して下さい。
- ・登録内容に変更があった場合は「失語症者向け意思疎通支援者登録事項変更申請書」（別記様式第2号）を県士会に提出して下さい。
- ・支援者証を紛失あるいは破損した場合は「失語症者向け意思疎通支援者証紛失等届兼再交付申請書」（別記様式第3号）で県士会に届け出て下さい。再発行します。
- ・登録者は活動中に事故などを補償するために保険に加入します（加入費用は事業費から出します）。

② 派遣先について

- ・個人への派遣はせず、団体（失語症者のつどい）への派遣のみ行います。
*体制が整い次第、実施要綱を改正して、個人への派遣を行う予定です。
- ・次に該当する場合は派遣対象としません。
 - （1）政治団体の活動（特定の政党の政治的活動や集会等）または、選挙活動
 - （2）宗教団体の活動（宗教的な活動や集会等）
 - （3）企業の営利活動（企業・個人の営利を目的とする商品販売等の活動等）
ただし営利団体が社会貢献事業として行っていると認められる場合は派遣できます。
派遣時間内に営利活動に直接関わる行為をしてはいけません。
 - （4）その他社会通念上派遣することが好ましくないと思われる活動

③ 派遣の流れと報酬について

- ・登録された団体より派遣依頼があった場合、派遣コーディネーターが「派遣可能な支援者」に連絡調整し、派遣する支援者を決めます。
- ・派遣が決まった後に都合が悪くなった場合は県士会へ連絡して下さい。
- ・派遣当日に体調不良などで欠席する場合は「依頼先」と「県士会」へ連絡して下さい。
- ・派遣後、「失語症者向け意思疎通支援者活動報告書」（別記様式第8号）を派遣終了後7日以内に県士会へ提出して下さい。
 - *派遣報酬は1時間2,000円を支払います。
 - *派遣場所までの支援者の往復の交通費は活動報告書に基づいて支払います。
 - *「つどいの参加費、飲食代、等の費用」は派遣コーディネーターが依頼先に確認して事業経費として処理します。その場合に支援者が立て替えて団体に支払いをお願いします。後日、活動報告書に基づいて派遣報酬に加えて、支援者に支払います。

④ 守秘義務と禁止事項について

- ・支援者はその業務上知り得た秘密、個人のプライバシー等を失語症者の意に反して第三者に漏らしてはいけません。この規定は登録者を辞したあとも適用されます。
- ・支援者はその職務に関して金品等を受け取ってはいけません。
- ・派遣時間内は「支援者として以外の立場」で相談などの行為をしてはいけません。

様式第1号(第4条関係)							
失語症者向け意思疎通支援者登録申請書							
			年		月		日
滋賀県言語聴覚士会会長 殿							
			申請者				
私は失語症者向け意思疎通支援者として登録したいので、次のとおり申請します。							
ふりがな							
氏名							
生年月日							
自宅住所	〒 -						
電話番号							
携帯電話番号							
メールアドレス	@						
修了者番号							
派遣可能曜日・日時等							

様式第8号(第7条関係)

失語症者向け意思疎通支援者派遣活動報告書（兼交通費等請求書）

年 月 日

滋賀県言語聴覚士会会長 殿

申請者

次のとおり失語症者向け意思疎通支援業務を実施したので報告します。

日時	年 月 日	時 分 ~ 時 分
場所		
活動内容 (気付いたこと 等)		

* 派遣報酬は1時間につき2000円を支払います。

ついては、業務に係る交通費などを次のとおり請求します。

交通費の内訳	電 車 :	円
	バ ス :	円
	自家用車：往復 km (20円/1km)	円
	その他 :	円
その他費用	参加費 :	円
	飲食代 :	円
	駐車料金:	円
	その他 :	円
合計金額		

* 電車・バスを利用の場合は、例「(鉄道会社名)〇〇駅~△△駅 300円」等と記入して下さい。

* 自家用車の場合は、例「往復 50km 1000円」と記入して下さい。

* その他費用は派遣依頼時に「請求できる事を確認している費用のみ」を支払います。

様式第2号(第4条関係)							
失語症者向け意思疎通支援者登録事項変更申請書							
				年	月	日	
滋賀県言語聴覚士会会長 殿							
				申請者			
私は滋賀県失語症者向け意思疎通支援者の登録内容について変更したいので、							
次のとおり申請します。							
1 変更の理由について、いずれかに○をおつけください。							
(1) 登録内容の変更							
(2) 登録の中止							
2 登録内容の変更がある項目に、新しい情報をご記入ください。							
修了者番号							
ふりがな							
氏名							
生年月日							
自宅住所	〒 -						
電話番号							
携帯電話番号							
メールアドレス	@						
変更理由							

様式第3号(第4条関係)							
失語症者向け意思疎通支援者証紛失届兼再交付申請書							
			年		月		日
滋賀県言語聴覚士会会長 殿							
			申請者				
私は失語症者向け意思疎通支援者証の再交付について、次のとおり申請します。							
1 再交付の理由について、いずれかに○をおつけください。							
(1) 失語症者向け意思疎通支援者証の紛失							
(2) 失語症者向け意思疎通支援者証の破損							
(3) その他 ()							
2 次の項目にご記入ください。							
修了者番号							
氏名							